

学会抄録

第249回日本泌尿器科学会東海地方会

(2010年9月11日(土), 於 ウィンクあいち (WINC AICHI))

ネフローゼ症候群発症から発見された腎細胞癌の1例: 杉山和隆, 上田政克, 渡部 淳, 東 新, 西尾恭規 (静岡県立総合) 55歳, 男性。全身倦怠感を主訴に受診。受診時 TP 5.8 g/dl, Alb 0.2 g/dl, 蓄尿総蛋白 33.2 g/day, 腎生検で minimal change, 腹部造影 CT でリンパ節腫脹を認め, 悪性腫瘍によるネフローゼ症候群と診断。PET-CT で限局性集積を認めた左腎門部リンパ節を開腹生検, 腎細胞癌と診断された。画像上, 原発部位は発見できなかった。ネフローゼ症候群に対して PSL 60 mg, 腎細胞癌に対して sorafenib, sunitinib 投与したが蛋白尿増悪, 肺膿瘍により死亡した。文献上, 悪性腫瘍を合併したネフローゼ症候群の76.7%が固形癌であり, 腎癌は5.2%であった。ネフローゼ症候群合併腎癌では腫瘍組織の除去が必要と考えられた。

多臓器転移を有する腎細胞癌に対する分子標的治療薬の重篤な副作用の経験: 堀江憲吾, 高橋義人, 萩原徳康, 谷口光宏 (岐阜総合医療セ) 52歳, 男性。右腎細胞癌, 多発肺転移, 脳転移, リンパ節転移, 筋肉転移のために腹腔鏡下右腎摘出術を施行し, 脳転移に対して定位脳照射を施行した後に分子標的薬を導入した。Sunitinib 開始後14日目に発熱, 腎機能障害を認めたために内服を中止した。緊急透析を行い, 数回施行した後に腎機能改善と尿量の改善を認め, 透析は離脱可能となった。次いで sorafenib の内服に変更し, 内服30日目に多形紅斑を認め, 内服の中止とステロイドパルス療法を行った。皮疹は速やかに改善された。副作用は両方ともに好酸球の上昇と共に出現しておりアレルギー反応の関与が示唆された。種々の分子標的薬の副作用について若干の文献的考察を含めて報告する。

下大静脈合併切除を施行した進行性右腎癌の1例: 山口朝臣, 上平修, 平林裕樹, 守屋嘉恵, 木村恭祐, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦 治 (小牧市民) 67歳, 男性。2010年3月, 全身倦怠感, 体重減少, 右下腹部痛, 肉眼的血尿を認め当院受診。精査にて下大静脈腫瘍塞栓, 肺転移を伴う右腎癌 cT3bN0M1 と診断。Neoadjuvant 療法として sunitinib 2 コース施行するも腫瘍塞栓の縮小なく, 肺転移は増悪。Neoadjuvant 療法無効として2010年7月, 開胸開腹にて根治的右腎摘除術および下大静脈合併切除を施行。腎摘出物 954 g, 病理診断は RCC, clear cell carcinoma, G2 であった。術後, 肺転移はさらに増悪し, 肝転移も出現したため 27POD より everolimus を導入し現在経過観察中である。当院で下大静脈伸展を伴う腎癌に対し neoadjuvant 療法後に手術を行ったのは本症例を含め2例あり, いずれも2コース後の評価で腫瘍塞栓の縮小を認めず開胸開腹による手術を行った。

腎部分切除術を施行した巨大腎血管筋脂肪腫の1例: 井上 聡, 藤田高史, 坂元史稔, 鈴木晶貴, 石田昇平, 小松智徳, 木村 亨, 辻克和, 絹川常郎 (社保中京) 34歳, 女性。腹部圧迫感, 食思不振を主訴に近医より紹介受診。右側腹部に悸動部から前腸骨棘にかけて巨大な腫瘍を触知。CT では右腎から発生する最大径 18 cm の巨大な腫瘍を認め右腎は正中に圧排されていた。MRI で脂肪主体の右腎血管筋脂肪腫と診断した。腫瘍は巨大であるが腎との連続部は小範囲で周囲組織との境界が明瞭であったため, 安全に腎部分切除術が施行可能であると判断した。Chevron incision で開腹し, 術中迅速病理検査で悪性所見のないことを確認してから右腎部分切除術を施行した。術中所見で腫瘍と腎との連続部は直径 3 cm 程度で, 腫瘍と周囲組織との癒着は認めなかった。温阻血時間19分, 手術時間235分, 出血量 774 g であった。摘出標本は重量 970 g, 径 21×13×8 cm, 病理は腎血管筋脂肪腫であった。

エンドトキシン吸着療法が奏功した気腫性腎盂腎炎の1例: 豊田将平, 高田俊彦, 玉木正義, 米田尚生 (岐阜市民) 44歳, 女性。ふらつき, 嘔吐, 発熱のため当院救急外来を受診した。CT にて右腎盂結石症, 気腫性腎盂腎炎と診断された。併発症として糖尿病を認めた。敗血症性ショック, DIC をして急性腎不全となり ICU に緊急入院となった。抗生剤点滴を開始し右尿管ステントを留置してドレナージを

行った。血圧コントロールや腎保護のためエンドトキシン吸着療法や CHDF を施行し順調に回復した。入院10日目に ICU 退室した。気腫性腎盂腎炎は重篤な感染症で基礎疾患に糖尿病や尿路閉塞を多く認める。本症例では Huang らの CT での分類によると class 1 でありその治療方針は薬物治療とドレナージである。本症例では腎盂結石による尿路閉塞を認めたため尿管ステント留置を行った。また血液浄化法を使用することで全身状態の悪化を防ぐことができ気腫性腎盂腎炎は治癒した。

後腹膜腔に発生した神経鞘腫の1例: 中岡和徳, 河合憲康, 守時良演, 濱川 隆, 神沢英幸, 岡田淳志, 小島祥敬, 安井孝周, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 54歳, 男性。尿道結石嵌頓時に施行した CT にて左腎背側に 15 mm の腫瘍性病変を指摘された。悪性腫瘍の可能性が否定できず, 腹腔鏡下後腹膜腫瘍切除術を施行した。病理検査結果は後腹膜腔発生の神経鞘腫であった。

下大静脈腫瘍塞栓を認めた右尿管腺癌の1例: 黒川寛史, 永田大介, 丸山哲史 (名古屋市立東), 柴田泰宏 (名古屋市立守山) 75歳, 男性。主訴は右背部痛。右尿管腫瘍, 右腸骨静脈から下大静脈に及ぶ腫瘍塞栓, 多発肺結節影を認めた。腫瘍マーカーはCEAとNSEの上昇を認めた。下大静脈フィルター留置後に開放生検。結果は尿管粘膜に連続する腺癌を認めた。免疫染色では CDX2 (+), CK7 (-), CK20 (+), シナプトフィジン (-), クロモグラニン (-), CD56 (-), PSA (-) であった。上部・下部消化管精査と PET-CT の結果から尿管原発と考えられた。下大静脈腫瘍塞栓を合併した尿管腺癌はきわめて稀であり, 文献上1例目であった。

浸潤性膀胱癌に対する膀胱温存治療後13年目に尿管再発を来した1例: 西野 将, 日下 守, 引地 克, 平野泰広, 和志田重人, 深見直彦, 有馬 聡, 丸山高広, 佐々木ひと美, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆 (藤田保衛大) 70歳代, 男性。主訴は血尿。1995年2月浸潤性膀胱癌 (T3bN0M0) に対し BOAI 併用動注化学療法 (M-VAC) 3クール施行。治療経過中リンパ節転移が出現。全身化学療法 (M-VAC) 7クール施行し, 原発巣およびリンパ節転移は消失, 以降再発なく経過。今回, 2010年2月に血尿・尿細胞診陽性を指摘され精査・加療のため当院紹介受診。逆行性腎盂造影で, 右尿管口 4 cm から上方は造影できず, CT 所見では右水腎症を認め, 右下部尿管に 4.0×2.1 cm の腫瘍を認めた。右尿管癌 (T2N0M0) に対し, 術前化学療法として GC 療法 2クール施行。2010年6月, 用手補助による腹腔鏡下右腎尿管全摘術施行 (UC, G2>G3, pT2)。前回の膀胱腫瘍組織と類似し尿管再発と診断した。本症例では, 浸潤性膀胱癌発症15年後に尿管に再発を認めたが, 腎尿管全摘後, 3カ月経過した現在も膀胱内に再発を認めていない。

子宮頸癌治療後17年後に発症した膀胱自然破裂の1例: 水谷晃輔, 久保田恵章, 前田真一 (トヨタ記念), 宇佐見彰久 (同消化器) 62歳, 女性。17年前に子宮頸癌手術と同部位への放射線治療の既往あり。2010年7月, 突然の右下腹部痛にて救急外来受診。徐々に腹水が増加するため造影 CT と腹水穿刺を行ったところ, 腹水の CT 値増加, 腹水の Cre 値の上昇 (7.3 mg/dl) を認めたため腹腔への尿溢流と診断した。尿道・膀胱カテーテルの留置により, 腹水の増加がとまり全身状態も徐々に改善した。翌日の膀胱造影, DIP では明らかな溢流を認めなかった。2週間後にカテーテルを抜去, 膀胱鏡施行したところ放射線治療後の膀胱自然破裂として矛盾しない所見であった。その後残尿に対して自己導尿指導し再発なく経過している。自然膀胱破裂は稀な疾患であるが, 近年では子宮頸癌への放射線治療後の膀胱破裂の頻度が増加しており, 文献上本邦45例目であった。

ダブルJ尿管ステント留置下に BCG 膀胱内注入後, 敗血症性ショックを来した1例: 石田夏樹, 高山達也, 石郷岡秀徳, 鈴木孝

尚, 松本力哉, 伊藤寿樹, 杉山貴之, 永田仁夫, 大塚篤史, 古瀬洋, 麦谷莊一, 大園誠一郎 (浜松医大) 左腎尿管全摘除後の73歳, 男性。術後も継続する尿細胞診陽性の精査で, 右上部尿路上皮内癌と診断し, 右ダブルJ尿管ステント留置下BCG (40 mg/120 ml) 膀胱内注入を施行した。初回注入2日後より39.9°Cの発熱, WBC 30,000/ μ l, CRP 35.3 mg/dlと高度の炎症反応, ショック状態となった。BCG感染を疑い, INHとRFPの投与し, 炎症反応は改善した。その後, 膀胱内抗癌剤注入療法に変更し, 現在再発なし。上部尿路内BCG注入による敗血症性ショックを来した報告は本邦4例, 海外8例で, ダブルJ尿管ステントによる投与でのBCG感染性敗血症性ショックは本症例が第3例目であった。

粘液産生前立腺癌の1例: 早川将平, 石瀬仁司, 桜井孝彦, 浅野晴好 (愛知済生会) 73歳, 男性。排尿障害に対しTUR-Pを施行。病理診断は粘液産生前立腺癌であった。さらに膀胱, 直腸への浸潤を認め, 骨盤内臓器全摘出術を施行した。術後, 腫瘍マーカーの上昇, 局所再発を認め, S-1, ゲムシタピン併用療法を施行した。一時的だが化学療法に効果を示し腫瘍マーカーの低下を認めた。本症例では術前のPSAは上昇しておらず, ホルモン療法は無効と予想されたため, 骨盤内臓器全摘出術を施行。また術後に局所再発を来した。今までの報告では無効とされていた化学療法が一時的だが効果を示したため, S-1+ゲムシタピン併用療法が今後粘液産生前立腺癌に対して選択される治療法の1つとして考えられた。

尿路上皮癌陰茎浸潤の1例: 廣瀬泰彦, 安藤亮介, 中根明宏, 秋田英俊, 岡村武彦 (安城更生) 71歳, 男性。左尿管癌, 膀胱癌のため, 左腎尿管全摘, TUR-BTを施行。左尿管癌は, UC, G2, pT1, ew0, ly0, v0, 膀胱癌は, UC, INF α , G2, pTa。術後4カ月で, 膀胱内再発し, TUR-BT施行すると, UC, G2, IFN γ , pT1以上, セカンドTURを行うと, no malignancyであった。BCG膀胱内注入療法後, 陰茎根部の硬化と持続勃起が出現した。その後, 骨盤骨転移が出現し, 除痛のため放射線治療を行った。血管造影にて, 両側内陰部動脈の拡張を認め, high flow型の持続勃起と診断。除痛のため, 陰茎切断術を施行したが, 尿路上皮癌が, 陰茎, 尿道海綿体全体に浸潤していた。持続勃起が出現後, 7カ月で死亡した。陰茎浸潤による疼痛は除痛が困難であり, 早い対応が, QOLを改善すると思われた。

腎腫瘍が疑われたIgG4関連腎病変の1例: 大藪真理子, 服部良平, 松尾一成, 萩倉祥一, 佐々直人, 松川宣久, 小川輝之, 加藤真史, 水谷一夫, 吉野能, 山本徳則, 後藤百万 (名古屋大) 62歳, 男性。2型糖尿病の悪化で腹部CTを撮影し, 左腎腫瘍と右びまん性腎腫大を指摘された。腹部造影CTでは左腎腫瘍は3.8 \times 2.3 cmで, 不均一に淡く濃染され, IgG 2.615 mg/dl, IgG4 452 mg/dlであった。画像所見とIgG4高値より腎腫大は自己免疫性腎炎と診断された。腎腫瘍は腎病変の存在よりIgG4関連腎疾患を疑い, PSL 5 mg/dayの内服を開始した。治療開始3カ月後にIgG 1,185 mg/dl, IgG4 194 mg/dlまで低下, 腎腫瘍の大きさは縮小した。

腺内内分泌腫瘍の腎転移と腎細胞癌が重複した von Hippel-Lindau 病の1例: 石郷岡秀俊, 伊藤寿樹, 石田夏樹, 鈴木孝尚, 松本力哉, 杉山貴之, 永田仁夫, 大塚篤史, 高山達也, 古瀬洋, 麦谷莊一, 大園誠一郎 (浜松医大), 木下真奈 (同病理), 栗田豊 (遠州総合), 牛山知己 (浜松東) 65歳, 女性。1998年VHL病を背景とした腺内内分泌腫瘍に対し膵頭十二指腸切除術施行。2008年8月CTで左腎腫瘍を指摘された。腹部造影CTで左腎門部に4 cmの造影効果の強い腫瘍と多発左腎腫瘍を認め, 右腎, 肝にも腫瘍が多発していた。両側腎細胞癌, 転移性肝腫瘍と診断し, 2008年10月後腹膜左腎摘除術を施行。病理診断は腎門部腫瘍が腺内内分泌腫瘍の腎転移, その他は多発腎細胞癌であった。術後1年10カ月を経過した現在, 再発認めず生存中である。VHL病に合併した腺内内分泌腫瘍の腎転移と多発する腎細胞癌が片側腎に重複する例は本邦で1例目であった。

巨大な後腹膜脂肪肉腫の1例: 内木拓, 浜本周造, 西尾英紀, 田口和己, 水野健太郎, 窪田泰江, 梅本幸裕, 戸澤啓一, 林祐太郎, 郡健二郎 (名古屋大) 49歳, 女性。腹部膨隆にて受診。CTにて後腹膜腫瘍を認め, 当科紹介受診。CTで26 \times 15 \times 29 cm大の, 一部造影効果のある巨大な腫瘍性病変を認め, それ以外にも小さな低吸収の腫瘍を認めた。後腹膜腫瘍との診断にて後腹膜腫瘍摘除術を施行。摘除重量は8.5 kgであった。CTの低吸収域に一致して小さな黄色の腫瘍と, 大部分を占める巨大な白色の腫瘍を認めた。診断に難渋したが, FISH法にてMDM2の遺伝子増幅を確認し, 脱分化型脂肪肉腫と確定診断した。術後追加治療を行わず約半年がたつが, 明らかな再発・転移を認めず, 現在外来経過観察中である。FISHを用いて後腹膜軟部肉腫の確定診断を行うことは, 治療方針の決定に有用である可能性が示唆された。

術後陰茎海綿体転移を来した浸潤性膀胱癌の1例: 加藤義晴, 中村小源太, 西川源也, 吉澤孝彦, 勝田麗美, 全並賢二, 飛梅基, 青木重之, 伊藤要子, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大) 73歳, 男性。2009年12月TUR-Bt施行, 病理はurothelial carcinoma, G3, pT4であった。2010年1月膀胱尿道全摘および回腸導管造設術施行。病理はurothelial carcinoma, ly1, v1, pT4aN2M0であった。術後化学療法を計画するも患者拒否, 経過観察中に陰茎体部に疼痛を伴う5 mm大の結節を触知し, 徐々に増大を認めた。画像検査から膀胱癌の転移と考え2010年6月11日陰茎全切除術を施行した。陰茎海綿体において移行上皮癌の増殖を認め, 浸潤性膀胱癌の陰茎転移と診断した。現在はGC療法を行っている。転移性陰茎腫瘍は稀な疾患であり, 欧米で約370例, 本邦で約150例の報告がある。

FDG-PET 陽性の頸部リンパ節転移を契機に診断された前立腺癌の1例: 平野泰広, 丸山高広, 西野将, 引地克, 和志田重人, 深見直彦, 有馬聡, 佐々木ひと美, 日下守, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆 (藤田保衛大) 50歳代, 男性。左頸部リンパ節腫脹あり, FDG-PETでも陽性所見を認めた。リンパ節生検の結果は低分化腺癌, PSMA染色が陽性。PSA 5.2 ng/ml, 前立腺針生検施行。結果は前立腺癌, Gleason score 4+3=7。治療開始後PSA値は低値ながらも, PSA 3.99 ng/mlで骨転移も出現した。その間FDG-PETのリンパ節転移に対する治療効果判定が可能であった。PSA低値で再発を来した前立腺癌に対して, FDG-PETによる治療効果判定が有用であった。FDG-PETは前立腺癌のリンパ節転移などの病期診断, PSA再発の診断に対して, 検出感度が高いと思われた。

急性陰囊症を契機に診断された Schönlein Henoch 紫斑病の1例: 加藤卓, 佐藤啓美, 菊地美奈, 中根慶太, 清家健作, 石田健一郎, 三輪好生, 安田満, 横井繁明, 伊藤慎一, 仲野正博, 出口隆 (岐阜大), 寺本貴英 (同小児科) 4歳, 男児。突然の右陰囊痛を訴え当院を受診した。精索捻転症を否定できず, 精巣固定術を施行。精巣上体炎と診断した。術後蛋白尿, 下腿の紫斑が出現し, Schönlein Henoch 紫斑病と診断された。

初回集学的治療施行7年後に Malignant transformation を認めた精巣腫瘍の1例: 加藤学, 三木学, 舛井寛, 長谷川嘉弘, 吉尾裕子, 神田英輝, 山田泰司, 曾我倫久人, 木瀬英明, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 西村啓介, 福留寿生, 白石泰三 (同病理) 39歳, 男性。2003年9月9日左精巣腫瘍左高位精巣摘除術後, germ cell tumor (embryonal, immatured teratoma, seminoma)。BEP 4コース後RPLND施行した。切除標本に残存腫瘍がみられたためVIP 3コース施行した。左閉鎖リンパ節腫大あり郭清術予定するも扁桃炎にて延期した。その後受診せず, follow up 中断し, 以後follow up されていなかった。イレウスにて他院入院時のCTにて縦隔, 左鎖骨上リンパ節腫大認められたため, 2010年3月24日近医泌尿器科受診し, 精査加療目的に当院紹介受診となった。右腋下リンパ節生検にてadenocarcinomaと診断され精巣腫瘍のmalignant transformationとしてPca療法施行した。2コース終了後リンパ節病変はSDにて経過中である。